



Presupposti

1. Le raccomandazioni della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS) sono la sintesi di 3 insiemi di informazioni sull'argomento "tempi e liste di attesa": il primo è ricavato dalla letteratura internazionale; il secondo da esperienze e testimonianze internazionali e nazionali; il terzo da una esperienza pionieristica nazionale, attualmente in fase di sviluppo, di applicazione di un modello di priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Tale sintesi è stata proposta dall'estensore delle raccomandazioni al Comitato Tecnico Scientifico, al Consiglio Direttivo e ad alcuni soci che hanno manifestato interesse a dibattere sull'argomento. Pertanto, il documento che segue rappresenta la prima versione delle raccomandazioni SIQuAS su tempi e liste di attesa.
2. Considerato il crescente utilizzo di modelli di priorità nella gestione dell'accesso alle prestazioni specialistiche, l'argomento "tempi e liste di attesa" va affrontato congiuntamente alla presentazione e discussione dei modelli di priorità di accesso.
3. Il significato di priorità contenuto nelle presenti raccomandazioni va inteso, se non diversamente specificato, nel senso cronologico con cui viene assegnata una posizione nella lista di attesa e non nel senso più ampio datogli dalle scienze economiche (*priority setting*) la cui applicazione pratica può determinare la mancata erogazione di alcune prestazioni a favore di altre.
4. L'ancora poca letteratura a sostegno del valore del fattore tempo nella gestione di pazienti affetti da specifiche patologie, rende necessario effettuare ricerche a dimostrazione del valore temporale connesso alla necessità di intervento per gruppi omogenei di patologie e quadri clinici. I risultati che conseguiranno a tale filone di ricerca daranno riferimenti importanti per la gestione del **rischio clinico**, nello specifico per evitare il rischio di danno dovuto al ritardo diagnostico o al ritardo terapeutico.
5. Pur differenziandosi molto la modalità di decidere da parte del medico quando la diagnosi è già stata effettuata da quando non lo è ancora, essendoci in quest'ultima condizione una maggior incertezza decisionale per carenza informativa, le raccomandazioni valorizzano scelte e comportamenti che sono declinabili sia nell'accesso alle prestazioni terapeutiche (diagnosi certe o molto probabili) sia nell'accesso alle prestazioni diagnostiche (diagnosi incerte).
6. L'uso appropriato di priorità cliniche presuppone una adeguata gestione della domanda di prestazioni e ciò sarà possibile, considerata la scarsità di evidenze e l'incertezza decisionale, soltanto tramite una forte alleanza fra agenti della domanda e agenti dell'offerta. Di conseguenza l'argomento "priorità cliniche e tempi di attesa", all'interno del servizio sanitario pubblico, rientra nel campo della **clinical governance**.
7. Visto quanto sopra, per la realizzazione e la diffusa applicazione di modelli basati sulle priorità è necessaria l'adozione di **stili di direzione partecipativi**, ove viene fatta prevalere la leadership clinica contro l'uso del potere coercitivo o del solo potere di legittimazione (Hersey and Blanchard, 1982).

8. Ne consegue la necessità per i clinici di disporre di **quadri intermedi**, categoria di professionisti del resto già presente nel mondo dell'impresa, che possano supportare la gestione del cambiamento e la leadership clinica. L'ipotesi di una figura professionale "di supporto" nel campo della professione sanitaria era stata già descritta alcuni anni fa (Smith, 1991; Delamothe, 1993).

9. Seppur siano ancora pochi i lavori strutturati che aiutino a mettere in evidenza i migliori modelli ed i migliori strumenti per la crescita dell'efficienza e dell'efficacia della "presa in carico" del paziente dalle cure primarie alle cure specialistiche, emerge il valore: i) dell'**attività formativa educativa** nell'ambito delle cure primarie; ii) degli strumenti di prescrizione con contenuto informativo; iii) del coinvolgimento di più medici delle cure primarie nel decidere una richiesta di prestazione specialistica (Grimshaw et al., 2005).

Raccomandazione 1

Le liste di attesa dovrebbero essere differenziate utilizzando sistemi basati sulle priorità cliniche e non sull'ordine di presentazione dei richiedenti. Inoltre, l'attenzione del sistema non dovrebbe concentrarsi sui tempi massimi, ma sul dare maggior priorità e meno attesa ai pazienti con maggior bisogno.

Il voler garantire minimi tempi di attesa a tutti i cittadini/pazienti costringe gli amministratori pubblici ad aumentare l'offerta di prestazioni che, tuttavia, può determinare l'incremento della domanda delle stesse (McQuarrie, 1983; Goldacre et al., 1987; Hanning, 2005).

Il dare tutto a tutti e subito è possibile in un sistema con infinite risorse. È invece possibile dare tutto a tutti ma non subito, bensì in base a categorie di bisogno con necessità di intervento differenziato, dando maggior priorità ai casi che necessitano di una maggior concentrazione di risorse (Health Policy and Economic Research Unit, 1998).

L'uso di categorie di accesso alle prestazioni sanitarie basato su priorità di bisogno dei pazienti (priorità cliniche o in alcuni casi priorità cliniche/sociali) è sempre più accettato da clinici (Hadorn and Holmes, 1997a e 1997b; Health Policy and Economic Research Unit, 1998; WCWL Project, 2005; Lewis et al., 2005; Canadian Medical Association, 2005; Paterson et al., 2006) e da amministratori pubblici (Hurst and Siciliani, 2003; Appleby et al., 2005; Department of Health, 2006; Willcox S et al., 2007). L'accesso alle prestazioni basato semplicemente sull'ordine di presentazione dei pazienti (modello anche denominato "first in first out") è diffusamente superato da modelli di prioritarizzazione (Hurst and Siciliani, 2003; Canadian Medical Association, 2005; Willcox et al., 2007).

Attualmente vi è ancora poca evidenza sperimentale sull'efficacia pratica delle priorità di accesso basata su aspetti clinici e clinico/sociali, soprattutto nel campo delle prestazioni diagnostiche (Derrett et al., 2003; Hadorn et al., 2002; Derrett, 2005). L'efficacia può essere misurata in almeno due modi: valutando empiricamente la positività della correlazione fra capacità di fare diagnosi tempestiva e patologia con maggior bisogno di intervento (Debnath D et al., 2002; Scott et al., 2006; Mariotti et al., 2007) oppure valutando l'altrettanto positiva correlazione fra prognosi e minor tempo di attesa (Naylor et al., 1995; Derrett et al., 2003; Nilsdotter et al., 2002; Mahon et al., 2002; Hajat et al., 2002).

In assenza di dati sperimentali la validità di uno strumento per l'attribuzione di priorità dovrebbe possedere le seguenti tre caratteristiche: 1) coerenza da un punto di vista della pratica clinica; 2) valore quantitativo della priorità data dal clinico; 3) coerenza fra priorità e risultato clinico sul paziente (Hadorn et al., 2003).

Raccomandazione 2

I cittadini devono essere coinvolti nella definizione e nell'applicazione di priorità cliniche, favorendo la comprensione dell'importanza dell'equità dell'accesso differenziato in base al bisogno.

Si ritiene utile indicare alcuni gradi di coinvolgimento del cittadino nell'utilizzo di priorità di accesso alle prestazioni:

- 1 Sottoporre ad un campione rappresentativo della popolazione questioni in merito alla accettabilità di modelli di accesso differenziato alle prestazioni.
- 2 Coinvolgere associazioni dei cittadini per tenerle informate dell'andamento dell'applicazione di modelli di priorità di accesso alle prestazioni (nell'ambito di incontri con la popolazione tipo "conferenza dei servizi").
- 3 Concordare tempi massimi di attesa da garantire per determinate patologie o condizioni sanitarie-sociali.
- 4 Prendere decisioni sulle categorie di attesa, coinvolgendo pazienti, professionisti e cittadini e dando comprensibilità ai contenuti delle categorie.

Il primo grado è un coinvolgimento passivo, mentre gli altri presuppongono un livello variabile di coinvolgimento e di responsabilizzazione nelle scelte. Si ritiene qui opportuno evidenziare che l'attuale legislazione nazionale prevedrebbe l'annuale "conferenza dei servizi" (DLgs 502/1992), che ad oggi, nel panorama nazionale, è uno strumento di comunicazione diretta con i cittadini non utilizzato diffusamente.

Ricerche realizzate per comprendere la percezione del tempo massimo di attesa accettabile da parte di pazienti e di cittadini, per la terapia di specifiche patologie, hanno evidenziato una elevata diversità di risposta (WCWL, 2005). È inoltre estremamente problematico capire la modalità migliore di coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di definizione e di applicazione delle priorità per l'accesso alle prestazioni, soprattutto perché, dove sono state fatte esperienze di coinvolgimento, il concetto di priorità si associa non tanto e solo ad un diverso tempo di erogazione, ma piuttosto a scelte di "razionamento" (Mullen, 2000).

Al tempo stesso viene sempre più sottolineato il valore del rapporto individuale medico-paziente nel campo delle scelte diagnostiche e terapeutiche e così l'utilizzo di strumenti di assegnazione di priorità avrà la sua massima efficacia proprio nel rapporto collaborativo fra il medico e il suo paziente. La presenza nella società di un numero sempre maggiore di pazienti e di cittadini consapevoli dell'importanza di utilizzare i modelli delle priorità permetterà, in un sistema a risorse limitate, di garantire cure di alto livello a tutti coloro che ne avranno bisogno (Daniels and Sabin, 2002).

Come a suo tempo ha sostenuto la British Medical Association (in Health Policy and Economic Research Unit, 1998), c'è da sperare nel prossimo futuro che il sistema sanitario pubblico non sia più ossessionato dal numero dei pazienti in lista di attesa ma sia interessato a garantire tempi certi a pazienti in attesa di specifiche prestazioni.

Raccomandazione 3

Tentare di ridurre in poco tempo le liste di attesa potrebbe produrre effetti distorti, pertanto è preferibile un approccio di coinvolgimento progressivo e partecipativo delle parti interessate.

Parte della raccomandazione deriva da una risoluzione approvata nel corso dell'Annual Representative Meeting della British Medical Association del Luglio 1998 (Health Policy and Economic Research Unit, 1998).

Il coinvolgimento è un requisito organizzativo del sistema in cui si deve implementare il modello delle priorità, come indicato nei presupposti da 6 a 8.

Raccomandazione 4

In assenza di dati scientifici certi sul risultato clinico finale, la validazione dei criteri di attribuzione di priorità ai pazienti dovrebbe essere condotta con processi di verifica della concordanza dei giudizi dei clinici sulle priorità.

I concetti qui espressi riprendono in parte quelli espressi a sostegno della Raccomandazione 1.

La ricerca di letteratura ed in particolare di linee guida che possano aiutare a sostenere l'attribuzione di tempi di attesa diversi per l'esecuzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali dà scarsi risultati. Un maggior numero di lavori sull'applicazione pratica e sullo studio della validità (variabilità e ripetibilità) degli strumenti di attribuzione delle priorità lo si trova nell'ambito delle prestazioni terapeutiche elettive (Health Policy and Economic Research Unit, 1998; WCWL, 2005; Derrett, 2005), sebbene la variabilità sia ancora elevata e pertanto sia ancora difficile individuare uno strumento che dia risultati ripetibili di attribuzione di priorità (Derrett et al., 2003). Chi richiede od esegue prestazioni di diagnostica per immagini, che raggruppa un elevato numero di prestazioni ambulatoriali, ha la possibilità di fare riferimento al documento UE, tradotto e aggiornato in lingua italiana nell'ambito del PNLG, sull'appropriatezza d'uso delle diverse diagnostiche (allegato all'Accordo Stato-Regioni del 28.12.2004, atto rep. n. 2113). Tale documento non contiene tuttavia espliciti riferimenti alla tempestività delle prestazioni. Per trovare qualcosa di più sull'appropriatezza del tempo di esecuzione di una prestazione occorre rileggere la documentazione sulle linee guida dei percorsi clinici, nell'ambito delle quali è possibile valorizzare il tempo di attesa di talune prestazioni (ad esempio: la visita cardiologica nel dolore toracico e nello scompenso cardiaco). Tuttavia, nella maggior parte dei casi, mancano gradi di prova che superino quello minimo del consenso degli esperti. Ciò lo si riscontra anche nel lavoro del NICE sulle linee guida per la richiesta di consulenze nei casi di sospetto cancro (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005). Inoltre, sono ancora pochi i lavori che permettono di capire la validità dei risultati ottenuti e di conseguenza l'utilizzabilità degli stessi, per migliorare prassi e procedure nella gestione dei tempi di attesa nei pazienti con sospetto cancro (Centre for Reviews and Dissemination, 2005).

Come ben espresso da Hadorn (2003), allo stato attuale, in assenza di studi su vasta scala che determinino il beneficio del paziente, l'unico criterio che può rendere validi i modelli di assegnazione delle priorità cliniche è il diffuso consenso dato dai clinici ai modelli. In assenza di informazioni sul risultato clinico finale, la validazione dei criteri di attribuzione di priorità ai pazienti non può che essere ristretta ad una analisi clinica dei casi associata alla concordanza con i giudizi di priorità.

Raccomandazione 5

Oltre alle priorità cliniche sulle singole prestazioni, dovrebbero essere sviluppati e diffusi appropriati percorsi diagnostico terapeutici e profili di assistenza, comprensivi dei rispettivi tempi di attesa.

La diagnosi precoce, soprattutto di patologie ad alto impatto sociale ed epidemiologico come il cancro, richiede frequentemente l'utilizzo di differenti prestazioni specialistiche, secondo una sequenza cronologica talvolta complessa (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005). Pertanto, appare sempre più necessario utilizzare strumenti clinico-organizzativi come i percorsi diagnostici, che dovrebbero permettere di garantire ai pazienti percorsi facilitati per la diagnosi differenziale con tempi di attesa ridotti al minimo necessario (Scott et al., 2006), sebbene vada posto in evidenza che tali modelli organizzativi presentano ancora punti di debolezza nella loro estensione applicativa (Debnath et al., 2002; Lewis et al., 2005, Allgar et al., 2006).

Raccomandazione 6

Deve essere garantita la tempestività dell'accesso alla refertazione delle prestazioni diagnostiche.

Nella sequenza di fasi che caratterizza il percorso di attesa per una diagnosi e per una eventuale successiva terapia (WCWL, 2005; Appleby et al., 2005; ASSR, 2006; Department of Health, 2006) va posta in evidenza l'attesa dei risultati delle prestazioni diagnostiche ("referti"). I tempi di tali azioni vanno ridotti il più possibile, evitando il time-consuming amministrativo (clerical).

Raccomandazione 7

La gestione dell'accesso alle prestazioni mediante l'utilizzo diffuso delle priorità dovrebbe essere rafforzata con meccanismi vincolanti di premio/sanzione su aziende ed erogatori. Va conseguentemente prevista una maggiore disponibilità di risorse da parte del finanziatore per l'implementazione di modelli basati sulle priorità.

Per il raggiungimento di obiettivi di applicazione delle priorità è necessario inserire l'uso di tali modelli di lavoro nei contratti di lavoro delle diverse parti professionali coinvolte (medici dipendenti, medici convenzionati, direzione aziendale).

Il mancato rafforzamento da parte della direzione aziendale, così come della parte politica nei confronti di quest'ultima, sull'uso sistematico di modelli di lavoro basati sulle priorità di attesa, porta all'interruzione del progetto di cambiamento. Ciò fa parte della storia della teoria dell'organizzazione.

Ne consegue la necessità di sottoporre a controllo continuo il sistema, con inevitabili sanzioni o, all'opposto, incentivi per chi, rispettivamente, disattende o partecipa attivamente allo sviluppo e alla diffusione del modello (British Columbia Medical Association, 2006). Va conseguentemente prevista una maggiore disponibilità di risorse da parte del finanziatore per l'implementazione di modelli basati sulle priorità (British Columbia Medical Association, 2006).

Raccomandazione 8

E' preferibile che siano centralizzati ed informatizzati gli strumenti di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e degli interventi chirurgici, per garantire maggiore trasparenza e verificabilità, anche per i cittadini, sul rispetto delle procedure.

In Australia, nello Stato di Victoria, l'*Advisory Committee on Elective Surgery*, ha stabilito criteri per la definizione di priorità cliniche per i pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico di elezione. Una analisi/verifica dello stato di applicazione di tali criteri in un campione di ospedali aveva evidenziato l'uso diffuso di tali criteri. Il panel di valutatori aveva evidenziato che, nelle realtà sottoposte a verifica, il maggior problema non era tanto la difficoltà di applicare priorità a causa della variabilità clinica o delle diverse situazioni non cliniche che influenzavano la priorità di accesso, quanto la necessità di migliorare sia la comunicazione interna, fra direzione e clinici, sia la comunicazione verso gli utenti (Clarke e Bennett, 1998).

L'uso di strumenti informatici migliora la qualità e la disponibilità dei dati per migliorare l'accesso alle prestazioni (British Columbia Medical Association, 2006; Bibi et al., 2007). Al tempo stesso va posto in evidenza il rischio di un uso improprio degli stessi come strumenti di decisione e non, come dovrebbe essere, esclusivamente come strumenti di supporto alla decisioni (Derrett, 2005).

Raccomandazione 9

Ogni singola azienda sanitaria dovrebbe garantire il monitoraggio dei dati su tempi e liste d'attesa, con un ritorno informativo costante o periodico, facilmente comprensibile, ai prescrittori ed agli erogatori.

La misurazione di liste e tempi di attesa può riguardare (a) prestazioni specialistiche ambulatoriali e (b) interventi chirurgici. La maggior parte dei documenti e dei programmi descritti nella letteratura internazionale sull'argomento riguardano gli interventi chirurgici (Hurst and Siciliani, 2003). L'interesse maggiore per gli interventi chirurgici più che per le prestazioni ambulatoriali è comprensibile in quanto gli interventi chirurgici sono il gradino finale di un percorso anche diagnostico che comprende tutte le prestazioni specialistiche ed il maggior impegno complessivo di risorse umane e tecnologiche.

La valutazione dell'attesa si può effettuare monitorando i cosiddetti *outpatient waiting time* (tempo che intercorre fra la richiesta del medico di medicina generale e la prestazione specialistica) e *inpatient waiting time* (tempo che intercorre fra la valutazione dello specialista ed il trattamento, in genere intervento chirurgico). Quest'ultimo "segmento" di attesa può tuttavia essere difficile da monitorare per una distorsione del dato, in quanto il momento dell'inserimento in lista del paziente da parte dello specialista può essere più o meno vicino alla prima visita.

L'indicatore maggiormente utilizzato per il monitoraggio delle attese è (a) la mediana, in quanto meglio rappresenta le popolazioni di dati con asimmetria, potendo avere la capacità, anche pochi casi *outlier*, di modificare significativamente la (b) media aritmetica. Altri indicatori sono (c) il cosiddetto *clearance time*, definito in modi diversi nella letteratura, che è il tasso fra il numero di utenti in lista e il numero di procedure erogate in un determinato periodo. Il valore, pur essendo fortemente influenzato dalle variazioni periodiche dell'erogato e quindi utile solo se costantemente monitorato nel breve periodo, rimane una modalità di misurazione attraente in

quanto è calcolabile con dati facilmente ottenibili (la lista di attesa e il numero di procedure erogate). Un altro tempo di attesa che si sta diffondendo nei diversi paesi è il *maximum waiting time guarantee*, frequentemente associato a categorie di attesa basate su priorità.

In alcuni paesi viene utilizzato anche il (d) “tempo di attesa in lista” oltre che il (e) “tempo di attesa al momento dell’inserimento in lista”.

Il tempo di attesa può essere (f) aggregato per specialità e (g) aggregato per singole prestazioni. In quest’ultimo caso il linguaggio maggiormente utilizzato è l’ICD-9-CM (Clinical Modification).

Nel monitoraggio è opportuno tenere distinto il (h) tempo di attesa per le prestazioni in chirurgia di elezione in regime di ricovero ordinario (*inpatient*) dal (i) tempo di attesa per le prestazioni in regime di ricovero di day o one day surgery (*day patient*). Tale distinzione è importante in quanto le due tipologie di erogazione raggruppano in genere pazienti con gravità clinica diversa.

In alcuni lavori viene evidenziata l’opportunità di tenere inoltre distinti i tempi di attesa per i pazienti pediatrici (Cawthorpe et al., 2007).

E’ naturalmente diverso il (j) tempo di attesa misurato al momento dell’accesso alla lista (ex ante) dal (k) tempo di attesa misurato al momento dell’erogazione della prestazione.

Altri indicatori, in parte utili per il monitoraggio di attese e liste, sono ricavabili da sistemi informatizzati di prenotazione. Tra i documenti più estesi ed analitici sull’argomento, che contiene indicatori relativi all’attività di prenotazione e quindi all’accessibilità ai servizi (ambulatoriali e per ricoverati) va segnalato il *Waiting List Action Team Handbook* (Modernisation Agency, 2000). Andrebbero sviluppati anche modelli di presentazione dei dati di facile lettura per gli erogatori (Modernisation Agency, 2006).

Raccomandazione 10

Deve essere garantita la qualità della documentazione.

Deve essere garantita la qualità della documentazione (informazioni cliniche presenti nella prescrizione e nel referto dello specialista), vista la necessità di disporre di tutte le opportune informazioni al momento della valutazione del paziente (Bodek et al., 2006; Allgar et al., 2006; New Zealand Ministry of Health, web site).

Bibliografia

Allgar VL, Neal RD, Ali N et al. Urgent GP referrals for suspected lung, colorectal, prostate and ovarian cancer. *Br J Gen Pract*, 56: 355-362, 2006.

Appleby J, Boyle S, Devlin N et al. Sustaining reductions in waiting times: identifying successful strategies. Department of Health, NHS, January 2005.

ASSR. Progetto Mattone “Tempi di Attesa”. Principi generali e proposte operative. Relazione finale, giugno 2006 (http://www.assr.it/mattoni/Mattone_tempi_conc.htm).

Bibi Y, Cohen AD, Goldfarb D, Rubinshtein E, Vardy D. Intervention program to reduce waiting time of a dermatological visit: Managed overbooking and service centralization as effective management tools. *Int J Dermat*, 46 : 830-834, 2007.

- Bodek S, Ghori K, Edelstein M et al. Contemporary referral of patients from community care to cardiology lack diagnostic and clinical detail. *Int J Clin Pract*, 60: 595-601, 2006.
- British Columbia Medical Association. *Waiting Too Long: Reducing and Better Managing Wait Times in BC*. British Columbia Medical Association, June 2006.
- Canadian Medical Association. *No more time to wait. Toward benchmarks and best practices in wait time management*. Canadian Medical Association, Ottawa, March 2005.
- Cawthorpe D, Wilkes CR, Rahman A et al. Priority-setting for children's mental health: Clinical usefulness and validity of the priority criteria score. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 16(1): 18-16, 2007.
- Centre for Reviews and Dissemination. *Two-week wait for cancer referrals. A systematic review of cancer waiting time audits*. The University of York, February 2005.
- Clarke B., Bennett R. *Review of Elective Surgery Waiting Lists*. November 1998, http://www.amavic.com.au/policy_wlists.htm.
- Daniels N and Sabin E. *Setting Limits Fairly. Can We Learn To Share Medical Resources ?* Oxford University Press, 2002.
- Debnath D, Dielehner N, Gunning KA. Guidelines, compliance and effectiveness: a 12 months' audit in an acute district general healthcare trust on the two week rule for suspected colorectal cancer. *Postgrad Med J*, 78:748-751, 2002.
- Delamothe T. *Wanted: guidelines that doctors will follow*. *BMJ*. 307: 218, 1993.
- Department of Health. *Choose And Book Implementation Guidance for Urgent Referrals for Suspected Cancer - Two Week Waits*, NHS, Best practice guidance, September 2006.
- Derrett S. *Booking Systems for Elective Services in New Zealand: Literature scan to identify any ethical issues of national significance. A report to the National Ethics Advisory Committee*, 25 February 2005 (unpublished manuscript).
- Derrett S, Devlin N, Hansen P, Herbison P. Prioritizing patients for elective surgery. *Int J Tech Ass Health Care*, 19: 91-105, 2003.
- Goldacre MJ, Lee A, Don B. *Waiting list statistics I: Relation between admissions from waiting list and length of waiting list*, *BMJ*, 295: 1105-1108, 1987.
- Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. *Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No.: CD005471. DOI: 10.1002/14651858.CD005471, 2005.
- Hadorn D.C., Holmes A.C.: *The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview*. *BMJ*, 314: 131-134, 1997a.
- Hadorn D.C., Holmes A.C.: *The New Zealand priority criteria project. Part 2: Coronary artery bypass graft surgery*. *BMJ*, 314: 135-138, 1997b.
- Hadorn DC and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. *Setting priority for waiting lists: defining our terms*. *Can Med Ass J*, 163: 857-860, 2000.

- Hadorn DC and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Developing priority criteria for magnetic resonance imaging: results from the Western Canada Waiting List Project. *Can Assoc Radiol J*, 53 (4): 210-218, 2002.
- Hadorn DC and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Setting priority for waiting lists: point-count systems as linear models. *J Health Serv Res Policy*, 8 (no.1): 48-54, 2003.
- Hajat S, Fitzpatrick R, Morris R, Reeves B, Rigge M, Williams O, Murray D, Gregg P. Does waiting for total hip replacement matter? Prospective cohort study. *J Health Serv Res Policy*. 7 (1): 19-25 (Jan), 2002.
- Hanning M. Maximum Waiting-Time Guarantee – A Remedy to Long Waiting Lists ? Uppsala Universitet, 2005.
- Health Policy and Economic Research Unit: Waiting List Prioritisation Scoring Systems. Discussion paper no. 6, British Medical Association, Londra, December 1998.
- Hersey P and Blanchard K. Management of Organizational Behavior. Prentice-Hall, NJ, Usa, 1982. (trad.it.: Leadership situazionale. Sperling&Kupfer, Milano, 1984).
- Hurst J and Siciliani L (a cura di). Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. OECD Health Working Papers, Parigi, 7 luglio 2003.
- Lewis NR, Le Jeune I, Baldwin DR. Under utilisation of the 2-week wait initiative for lung cancer by primary care and its effect on the urgent referral pathway. *Br J Cancer*, 93: 905-908, 2005.
- Mahon JL, Bourne RB, Rorabeck CH, Feeny DH, Stitt L, Webster-Bogaert S. Health-related quality of life and mobility of patients awaiting elective total hip arthroplasty: a prospective study. *CMAJ*, 167 (10): 1115-1121, (Nov 12) 2002.
- Mariotti G, Meggio A, de Pretis G. Timely referral and appropriateness of endoscopic procedures to avoid delayed diagnoses. *Ann Internal Med*, letter, 145/7/488, 2007.
- McQuarrie DG. Hospitalization utilization levels, the application of queuing theory to a controversial medical economic problem. *Minnesota Medicine*, 66: 679-686, 1983.
- Modernisation Agency. Waiting List Action Team Handbook. National Health Service, 2000.
- Modernisation Agency. Clinically prioritise and treat (CPaT): Towards a fully booked NHS. National Health Service, 2006.
- Mullen PM. Public involvement in health care priority setting: are the methods appropriate and valid ? In *The Global Challenge of Health Care Rationing* (Coulter A and Ham C eds.), Open University Press, Buckingham, 2000, pp 163-174.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Referral guidelines for suspected cancer. NICE, Londra, June 2005.
- Naylor CD, Sykora K, Jaglal SB, Jefferson S. Waiting for coronary artery bypass surgery: population-based study of 8517 consecutive patients in Ontario, Canada. *Lancet*, 346: 1605-1609, 1995.

New Zealand Ministry of Health. Elective Services. Access Criteria For First Specialist Assessment (ACA), www.electiveservices.govt.nz.

Nilsdotter AK, Lohmander LS. Age and waiting time as predictors of outcome after total hip replacement for osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 41 (11): 1261-1267, (Nov) 2002.

Paterson WG, Depew WT, Paré P et al. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol*, 20: 411-422, 2006.

Scott MA, Knight A, Brown K, Novell JR. A single common urgent pathway for all colorectal referrals reduces time to diagnosis and treatment. *Colorectal Disease*, 8: 766-771, 2006.

Smith T. In search of consensus. *BMJ*, 302: 800, 1991.

Smith RA, Oshin O, McCallum J et al. Outcomes in 2748 patients referred to a colorectal two-week rule clinic. *Colorectal Disease*, 9: 340-343, 2006.

WCWL (Western Canada Waiting List) Project: From chaos to order: making sense of waiting lists in Canada. Edmonton: Western Canada Waiting List Project, 2001.

WCWL (Western Canada Waiting List) Project: Moving forward. Final Report. University of Calgary, Alberta, February 28, 2005.

Willcox S, Seddon M, Dunn S, Edwards RT, Pearse J, Tu JV. Measuring And Reducing Waiting Times: A Cross-National Comparison Of Strategies. *Health Affairs* 26, no. 4: 1078-1087; 10.1377/hithaff.26.4.1078, 2007.